

ILEÍTE REGIONAL

Apresentação de um caso de doença de Crohn, localizada na válvula íleo-cecal

VIRGILIO NOLL *

A ileíte regional é uma doença muito rara em nosso meio. Afora cinco casos publicados por Jaci C. Monteiro em 1950, não temos conhecimento de novos trabalhos surgidos a respeito dessa enfermidade em nosso Estado. Tivemos a oportunidade de operar um doente com Ileíte Regional, confinada à válvula de Bauhin, localização incomum da doença de Crohn, razão pela qual achamos interessante sua apresentação, conforme segue:

Observação clínica: J. M. C., com 48 anos de idade, branco, casado, de profissão curtidor. Conta-nos que em 1.943, começou sentindo dores na fossa ilíaca direita, com irradiação para o hipocôndrio direito. A dor era seguida por movimentação intensa dos intestinos, acompanhados de rôncos (sic). Consultou um médico, e esse lhe indicou a extração de todos os dentes fazendo igualmente tratamento clínico, sem obter melhoras. Em 1.945 consultou outro facultativo que o tratou de colite durante um ano sem conseguir qualquer resultado. Nessa mesma época foi apendicectomizado, não obtendo também melhoras das suas dores. Daí em diante, diz ter consultado mais cinco médicos, inclusive especialistas em

aparêlho digestivo, não beneficiando-se com os diversos tratamentos feitos. Nenhum dos médicos deu-lhe diagnóstico da moléstia. Em 2 de setembro de 1956 exacerbaram-se em muito os sintomas existentes, isto é, dor na fossa ilíaca direita e peristaltismo intestinal; teve intensa obstipação, conseguindo somente evacuações diminutas após enemas repetidos; apareceram-lhe vômitos contínuos, a princípio alimentares, depois aquosos e finalmente fecalóides (?). Com esse quadro de obstrução intestinal foi operado em sua cidade natal em 21 de setembro daquele ano, sendo-lhe feita uma ileostomia. Desde a intervenção cirúrgica até a data da baixa na 18a. enfermaria, em 10 de dezembro de 1956, desapareceram todos os sintomas molestos do ventre.

Ao exame do doente verificámos: na fossa ilíaca direita, cicatriz operatória de laparotomia paramediana direita e na extremidade inferior dessa cicatriz orifício externo de fístula intestinal. Ao redor do orifício fistuloso, a pele apresenta-se inflamada em consequência da causticidade do líquido intestinal, veiculado pela fístula. Apalpando o ventre, o quadrante inferior direito dá-nos a im-

* Colaborador de ensino — Cad. Cl. Prop. Cirúrgica Cirurgião do IAPC.

pressão de plastrão semelhante ao das apendicopatias agudas, mais ou menos doloroso. O estudo radiológico do intestino delgado e cólon nos mostra (figura 1) distonia de alças jejuno-iliais e (figura 2) cecum e cólon ascendente opacificados, não se visualizando o íleo termina mesmo usando enema opaco sob pressão elevada, o que (segundo relatório do radiologista) permite concluir por estenose luminar acentuada da válvula de Bauhin.

Os demais aparelhos e sistemas orgânicos, revelaram-se normais ao exame. Os resultados laboratoriais (hemograma, coprocultura, urina) não apresentaram dados de importância. Com o diagnóstico supra exposto, submetemos o paciente, em 15 de dezembro de 1956, a uma laparotomia paramediana esquerda, constando o primeiro tempo desta: libertação e ressecção da fistula ileal da parede do ventre, consequente sutura e fechamento do orifício intestinal interno. Continuando a exploração da cavidade abdominal, notámos inúmeras aderências entre ileon, cecum e cólon. O íleo apresentava sua porção terminal bastante dilatada, sem contudo apresentar sinais inflamatórios, como, cor vermelha brilhante ou congestionado, ou edematoso. Não notamos gânglios linfáticos mesentéricos tumefatos próximo à encruzilhada íleo-cecum-cólon ascendente. A palpação do intestino, na altura da válvula íleo-cecal, deu-nos a sensação nítida de tumor. Em vista disso, processamos à abertura da parede do íleo e do cecum, apresentando-se, então, a válvula espessada de consistência fibrosa cuja luz somente permitia a passagem de um estilete. Na vertente ileal da válvula, encontramos encravado um corpo estranho, parecendo-nos um osso de galinha. Diante disso, pensando em se tratar de uma reação fibrosa devida ao poder irritante dêsse corpo estranho, achámos de bom alvitre ressecar os bordos esclerosados da válvula, condicionando-lhe, assim, uma maior luz intestinal. E, para reforçá-la, fechámos a abertura longitudinal do íleo e do cecum, em sentido transversal, propiciando, dessa forma, ainda, um maior diâmetro luminar à válvula de Bauhin. O nosso doente, após 14 dias do ato operatório, recebeu alta da enfermaria. Sentiu-se bem durante três meses, findo o qual

tornou à enfermaria com a mesma sintomatologia de oclusão intestinal (parada de fezes e gases, vômitos repetidos, ventre abaulado., etc.).

Reoperado, êsse paciente apresentava a válvula de Bauhin novamente esclerosada e estenosada, como na vez primeira e temendo uma presumível neoplasia da válvula (pois não nos ocorreu a idéia de um Crohn) submetemo-lo a uma hemicolectomia direita. Enviada a peça operatória a exame anátomo-patológico, acusou o seguinte resultado que poderá ser apreciado nas figuras 3, 4, 5 e 6:

Comentários: Foi em 1932 que Crohn e colaboradores descreveram o que era considerado uma nova entidade clínica e patológica, comprometendo o segmento ileal terminal ou segmentos do intestino delgado, com as características de uma doença inespecífica, uma granulomatose intestinal, atacando, principalmente, adultos jovens. Apresentando-se por inflamação aguda, subaguda e crônica, com fases de necrose, ulceração e cicatrização, e acentuada tendência à formação de fistulas intestinais externas ou internas e intensa proliferação de tecido conectivo, causando estenose e consequentemente obstrução intestinal. Se bem que, na maioria dos casos, sejam os trinta centímetros terminais do íleo, a zona de eleição da doença de Crohn, o restante do tubo digestivo pode-se afetar em ordem decrescente, como segue: jejuno, colon, duodeno, estômago e esôfago. No nosso caso, o paciente apresentava o comprometimento de uma pequena área do tubo digestivo isto é, a válvula íleo-cecal e com a particularidade que as zonas visinhas — íleo-terminal e cólon ascendente — apresentavam-se completamente normais.

Relativamente à idade do paciente, podemos considerá-la próxima às idades de maior incidência da doença, porque, pela observação clínica, ela começou a treze anos atrás, com a idade de 35 anos. Quanto ao sexo, há predominância masculina em 55% dos casos. Um dos aspectos marcantes, diz respeito à cronicidade da doença em nosso paciente, forma mais freqüente de evolução da moléstia de Crohn, pois, como vimos, na observação clínica, os primeiros sintomas

apareceram em 1943 e só em 1957 chegou-se ao verdadeiro diagnóstico. Outra intercorrência de valor nesse doente é o quadro de apendicite crônica resultando uma apendicectomia desnecessária. Apesar de autores, como, HOMANS, HASS, ERB, FARMER, concederem as apendicopatias um fator etiológico da ileíte, Crohn refuta essa idéia e provou que em vinte e cinco vezes, retirando o apêndice cecal, em casos de ileítes, não observou melhoras em seus pacientes. O estudo radiológico do tubo digestivo, na verdade não evidenciou sinais radiológicos típicos da Ileíte Regional, tais como "String Sign" de Kantor, "Skip Lesions" de Crohn, válvulas coniventes espessadas e achatadas, aspecto seixiforme das alças, rigidez e perda da flexibilidade da parede intestinal, etc., mas nos apresenta um estreitamento valvular da porção terminal do íleo, parte do intestino delgado de maior incidência da doença de Crohn, e, como esta possui, como sabemos, a faculdade de excitar e provocar proliferação de tecido conjuntivo, é razão ponderável considerá-la como possível fator etiológico dessa estenose.

Ao computar os diversos elementos expostos, como início da moléstia com sintomatologia dolorosa insidiosa da fossa ilíaca direita, apendicetomia ineficaz, evolução crônica (14 anos), formação de estenose e se a estes todos juntarmos o estudo anátomo-patológico, somos possuidores de dados suficientes para realização de diagnóstico certo. Entretanto, poderia causar dúvida a presença de corpo estranho, no nosso caso "osso de galinha", como possível causador da estenose. De fato, aí, podemos crer em duas eventualidades, ou este primariamente encravou-se na válvula, determinando inflamação, proliferação tecido conjuntivo, estreitamento da luz valvular, ou constituiu-se em simples parada, num encravamento provocado pela diminuição da luz intestinal. Somos partidários da última hipótese, pois, ela vem confirmar-se na própria evolução pós-operatória do nosso doente: após a retirada do corpo

estranho, ressecção da válvula estenosada, esta entretanto refez rapidamente nova obturação, confirmada pela segunda intervenção cirúrgica. Isso tudo, apoia autores como Yarnis, Crohn e outros, os quais, não encontraram, nos casos de Ileíte Regional corpos estranhos, como espinhas de peixe, ligaduras metálicas, resíduos alimentares, fragmentos de ossos, etc.

Resta-nos a possibilidade de intervenção da tuberculose intestinal hipertrófica de carcinoma ou carcinoide intestinal. Atinente à primeira, afasta-se pelo fato de a tuberculose intestinal ser quase sempre secundária à pulmonar, excepcionalmente rara por infecção primária; nosso doente apresentava pulmões sãos. Quanto ao acrcinoma e carcinoide intestinais, podem igualmente eliminar-se pela cronicidade da moléstia em estudo, pelo aspecto regular do tumor valvular, a ausência de metástases locais e à distância, considerando o tempo de evolução, o bom estado geral do paciente, a ausência de anemia.

Pelo último controle, feito em outubro de 1959, o paciente estava em perfeitas condições de saúde.

Resumo do caso. O autor relata um caso de Ileíte Regional, um homem de 48 anos de idade, com a particularidade desta comprometer unicamente a válvula de Bauhin, não atacando o intestino acima ou abaixo dela.

Foi submetido o doente a quatro laparotomias, duas na sua cidade de origem (apendicetomia, ileostomia) e duas por nós. Uma consistindo na ressecção da válvula ílio-cecal estenosada, julgando tratar-se de estreitamento benigno (corpo estranho) e outra ampla, hemicolectomia direita, realizada por temor de neoplasia valvular, justificada pela rápida recidiva estenótica, três meses após a nossa primeira intervenção cirúrgica. Embora houvesse sintomatologia favorável para uma presumível enfermidade de Crohn, o diagnóstico só foi possível com o resultado do exame anátomo-patológico.

Summary

The author reports a case of regional ileitis in a 48 year old male, in which only the valve of Bauhin was involved with no lesions on the intestine above or below this valve. The patient was submitted to four laparotomies, two (appendectomy and ileostomy) of which were performed in his home city and two, in Pôrto Alegre, performed by the author. One of the latter operations involved the resection of a stenosed ileo-cecal valve, on the assumption that the causal factor was benign (a foreign body) and the other, a more extensive operation, was a right hemicolectomy performed because there was fear of valvular neoplasia, aroused by the rapid reappearance of the stenosis, three months after the first surgery.

In spite of the presence of symptoms leading to the presumptive diagnosis of Crohn's disease, a final diagnosis was only possible after receipt of the results of pathology laboratory reports.

Referências gerais

- Crohn, Burril B., Harry Yarnis, Regional Ileitis, Second Edition Grune & Stratton, N. York. London 1958
- Edelmann, G. Traitement chirurgical da la Maladie de Crohn, apud Intestin Grêle-Rectum, 17-33, 1955
- Hartmann, G., Ueber die Ileitis terminales, Acta Neurovegetativa Band I, Heft I-2, 170-205, April 1950
- Kiefer, E. D., Marshall, S. F., Broksma, M. P. — Tratamiento de la Ileitis Regional Cronica, 395-404, Practica Quirurgica de la Clinica Lahey, 1954
- Massion, J. — La Maladie de Crohn, apud Intestin Grêle-Côlon-Rectum I-17, 1955
- Monteiro, Jaci C., Ileite Regional (Considerações em torno de 5 casos) Anais Fac. de Medicina de Pôrto Alegre, Jan-Dez. 1950
- Ogilvie, R. F. Pathological Histology, 5th. Ed., 1957, 213-216



FIG. 1

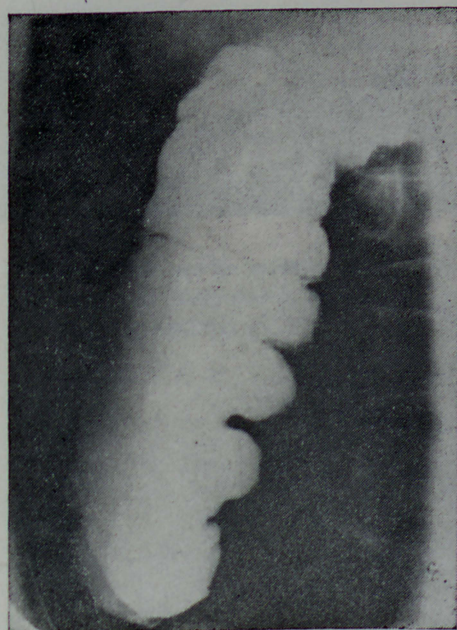


FIG. 2

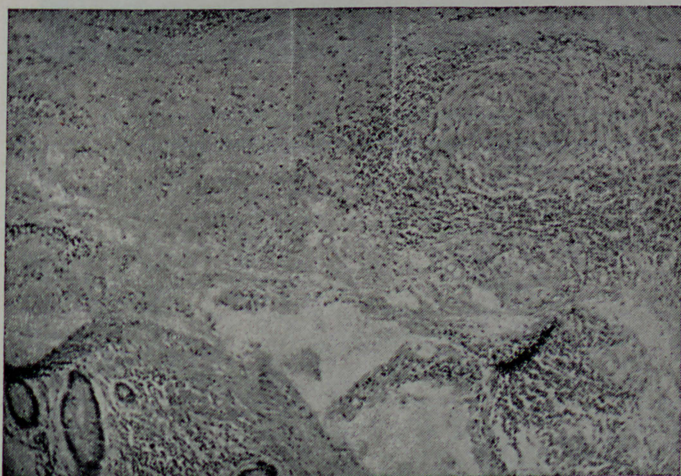


FIG. 3 — Folículo linfático da submucosa com nódulo granulomatoso histocitário. Fibrosa da submucosa.

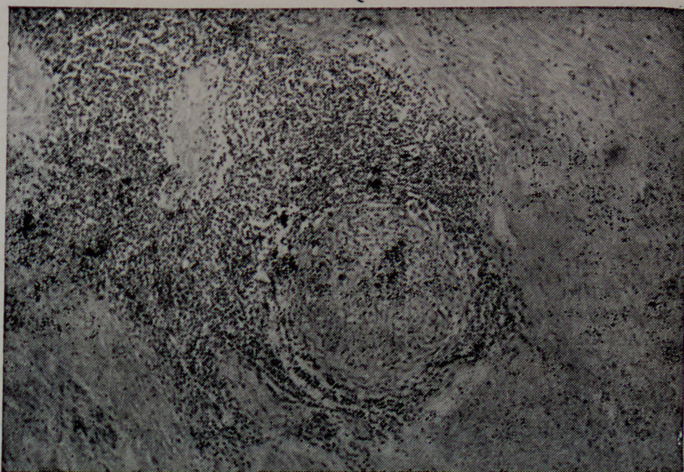


Fig. 4 — Nódulo histio — gigantocitário intra-mural
com denso infiltrado linfóide circunscrito.

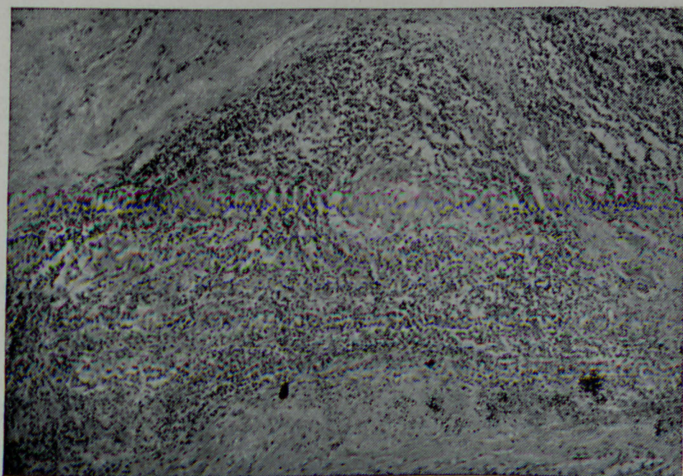


Fig. — Densa infiltração inflamatória intra-mural
com nódulo granulomatoso.

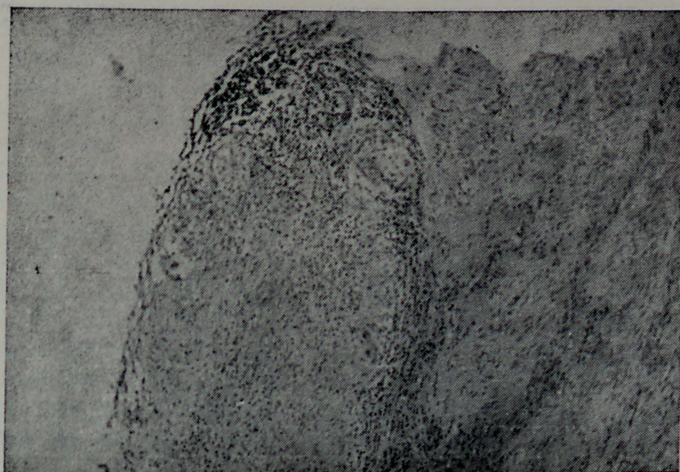


FIG. 6 — Fibrose da serosa com grande nódulo
giganto-histocitário.